

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

SUSANMEIRE ITO ALVES DOS SANTOS OKUYAMA

“DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DA ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL –
ANÁLISE DA REALIDADE DE UM SERVIÇO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE”

CURITIBA

2016

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

SUSANMEIRE ITO ALVES DOS SANTOS OKUYAMA

“DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DA ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL –
ANÁLISE DA REALIDADE DE UM SERVIÇO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE”

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado a Universidade Federal
do Paraná – UFPR para certificação
como especialista em Gestão em
Saúde.

Orientadora: Prof. Dra. Silvana
Regina Rossi Kissula Souza.

CURITIBA

2016

RESUMO

No cotidiano de um equipamento da Atenção Primária à Saúde (APS) do Sistema Único de Saúde (SUS) houve a percepção de desafios a serem superados na organização, planejamento, oferta e conclusão da assistência ao pré-natal com qualidade, conforme preconizado por órgãos competentes. O presente projeto técnico se propõe a identificar as dificuldades enfrentadas pela equipe multidisciplinar de uma unidade de assistência à saúde mista da Atenção Primária à Saúde (APS), desde a vinculação precoce da gestante à assistência ao pré-natal, permeando o acompanhamento apropriado, oportuno e efetivo e a conclusão do processo com a avaliação puerperal adequada, além da avaliação do recém-nascido, considerando, principalmente, os protocolos clínicos do Ministério da Saúde (MS), porém inserindo as ponderações técnicas da Secretaria Estadual de Saúde (SESA) no contexto. Com base nos dados obtidos a intenção é propor intervenções que possam auxiliar no aprimoramento da atenção materno infantil ofertada à população adscrita ao território analisado.

Palavras-Chave: Assistência ao pré-natal. Atenção Primária à Saúde. Rede de Atenção à Saúde.

ABSTRACT

In the routine of an equipment of Primary Health Care (PHC) of the Unified Health System (SUS) was the perception of challenges to be overcome in the organization, planning, supply and completion of assistance to prenatal care quality, as recommended by agencies competent. This technical project aims to identify the difficulties faced by the multidisciplinary team of a support unit to the Joint Health Primary Health Care (PHC), from the early attachment of pregnant women care to prenatal care, permeating the appropriate monitoring, appropriate and effective and the process is completed with the evaluation adequate puerperal, besides the evaluation of the newborn, considering mainly the clinical protocols of the Ministry of Health (MOH), but entering the technical considerations of the Department of Health (SESA) in context. Based on data from the intention is to propose interventions that can assist in the improvement of maternal and child care offered to the population ascribed to the analyzed territory.

Keywords: Assistance to prenatal care. Primary Health Care. Health Care Network.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|---|----|
| QUADRO 1 - EXAMES LABORATORIAIS PRECONIZADOS NO PRÉ-NATAL. FONTE: BRASIL (2012) | 17 |
| QUADRO 2 - CALENDÁRIO VACINAL NO PRÉ-NATAL. FONTE: BRASIL (2012).... | 17 |
| FLUXOGRAMA 1 - FLUXO DE ATENDIMENTO À GESTANTES. FONTE: PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE PINHAIS (2014-2017) – PINHAIS-PR | 24 |
| GRÁFICO 1 - DISTRIBUIÇÃO DAS GESTANTES DA USFTA EM 2014 PELO PERÍODO DECORRIDO ANTES DA VINCULAÇÃO AO PRÉ-NATAL. FONTE: AUTOR (2015)..... | 26 |
| GRÁFICO 2 - DISTRIBUIÇÃO DAS GESTANTES DA USFTA EM 2014 POR FATORES DE DESVINCULAÇÃO PRECOCE DO PRÉ-NATAL. FONTE: O AUTOR (2015)..... | 27 |
| GRÁFICO 3 - SITUAÇÃO DAS GESTANTES DA USFTA EM 2014 COM RELAÇÃO AO ACOMPANHAMENTO ODONTOLÓGICO NO PRÉ-NATAL. FONTE: O AUTOR (2015)..... | 27 |
| GRÁFICO 4 - SITUAÇÃO DAS GESTANTES DA USFTA EM 2014 COM RELAÇÃO AO ESQUEMA VACINAL PRECONIZADO NO PRÉ-NATAL. FONTE: O AUTOR (2015)..... | 28 |
| GRÁFICO 5 - NÚMERO DE GESTANTES DA USFTA EM 2014 QUE REALIZARAM A CITOPATOLÓGICO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO NO PRÉ-NATAL. FONTE: O AUTOR (2015). | 29 |
| GRÁFICO 6 - QUANTITATIVO DE GESTANTES DA USFTA EM 2014 QUE REALIZARAM A VISITA GUIADA À MATERNIDADE. FONTE: O AUTOR (2015). . | 29 |
| GRÁFICO 7 - SITUAÇÃO DAS GESTANTES DA USFTA EM 2014 COM RELAÇÃO À PARTICIPAÇÃO NAS ATIVIDADES EDUCATIVAS NO PRÉ-NATAL. FONTE: O AUTOR (2015)..... | 30 |
| GRÁFICO 8 - SITUAÇÃO DAS GESTANTES DA USFTA EM 2014 COM RELAÇÃO AO PROTOCOLO DE EXAMES LABORATORIAIS NO PRÉ-NATAL. FONTE: O AUTOR (2015)..... | 31 |
| GRÁFICO 9 - SITUAÇÃO DAS GESTANTES DA USFTA EM 2014 COM RELAÇÃO AO RETORNO PARA CONSULTA PUERPERAL. FONTE: O AUTRO (2015). | 31 |
| GRÁFICO 10 - SITUAÇÃO DAS GESTANTES DA USFTA EM 2014 COM RELAÇÃO AO RISCO ESTRATIFICADO DURANTE O PRÉ-NATAL. FONTE: O AUTOR (2015). | 32 |

| | |
|--|----|
| GRÁFICO 11 - NÚMERO DE GESTANTES DA USFTA EM 2014 QUE REALIZARAM SETE OU MAIS CONSULTAS DURANTE O PRÉ-NATAL. FONTE: O AUTOR (2015). | 32 |
| GRÁFICO 12 - QUANTITATIVO DE VISITAS DOMICILIARES REALIZADAS AOS RECÊM NASCIDOS DE PUÉRPERAS DA USFTA EM 2014. FONTE: O AUTOR (2015). | 33 |
| GRÁFICO 13 - SITUAÇÃO DAS GESTANTES DA USFTA EM 2014 COM RELAÇÃO À CONCLUSÃO DO PRÉ-NATAL CONFORME CRITÉRIOS DO SISPRÉNATAL E REDE MÃE PARANAENSE. FONTE: O AUTOR (2015). | 34 |
| QUADRO 3 – PLANO DE IMPLANTAÇÃO. FONTE: O AUTOR (2015). | 37 |

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1. INTRODUÇÃO | 8 |
| 1.1 APRESENTAÇÃO..... | 8 |
| 1.2 OBJETIVO GERAL | 8 |
| 1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 8 |
| 1.4 JUSTIFICATIVA..... | 9 |
| 2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA | 10 |
| 2.1 ATEÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE | 10 |
| 2.2 REDES DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE | 12 |
| 2.3 ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL..... | 14 |
| 3. DIAGNÓSTICO E DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO PROBLEMA | 21 |
| 3.1 DESCRIÇÃO GERAL DA ORGANIZAÇÃO | 21 |
| 3.2 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO PROBLEMA | 24 |
| 3.2.1 ANÁLISE DOS DADOS | 26 |
| 4. PROPOSTA TÉCNICA PARA SOLUÇÃO DA SITUAÇÃO PROBLEMA..... | 34 |
| 4.1 PROPOSTA TÉCNICA..... | 34 |
| 4.1.1 PLANO DE IMPLANTAÇÃO | 37 |
| 4.1.2 RECURSOS | 38 |
| 4.1.3 RESULTADOS ESPERADOS | 38 |
| 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS | 39 |
| REFERÊNCIAS | 40 |
| ANEXO | 43 |

1. INTRODUÇÃO

1.1 APRESENTAÇÃO

Ao atuar como enfermeira e coordenadora da Unidade de Saúde da Família Tarumã no município de Pinhais, região metropolitana de Curitiba-Paraná, percebi a existência de desafios na oferta de uma assistência ao pré-natal efetiva, principalmente quando observados os critérios dos protocolos do Ministério da Saúde, assim como na esfera estadual do Programa Rede Mãe Paranaense. Infelizmente, ainda existem situações relacionadas à morbimortalidade materna, perinatal e neonatal por causas evitáveis, em tempo que vivenciamos lacunas nas etapas e procedimentos da assistência ao pré-natal preconizada, seja por fatores internos inerentes aos equipamentos e equipes de saúde ou externos como condições sociais e culturais das gestantes.

1.2 OBJETIVO GERAL

Formular propostas para a melhoria da assistência ao pré-natal, conforme critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e do Programa Rede Mãe Paranaense, na Unidade de Saúde da Família Tarumã, município de Pinhais/PR.

1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Diagnosticar a situação atual da assistência ao pré-natal da Unidade de Saúde da Família Tarumã,
- Identificar os pontos positivos e negativos da assistência ao pré-natal da Unidade de Saúde Tarumã;
- Propor estratégias para a melhoria da assistência ao pré-natal da Unidade de Saúde da Família Tarumã.

1.4 JUSTIFICATIVA

No decorrer da minha trajetória profissional na Atenção Primária à Saúde (APS), há mais de uma década, não obtive a satisfação de vivenciar um contexto favorável à assistência ao pré-natal no quesito cumprimento dos indicadores pactuados. De maneira geral, há grande dificuldade em se atingir metas pactuadas, como a conclusão de 70% da assistência ao pré-natal, conforme os critérios técnicos dos protocolos vigentes, monitorados pelo sistema SISPRÉNATAL. Mesmo com os avanços tecnológicos, como a migração do sistema de acompanhamento do Ministério da Saúde (MS) para a versão WEB, ainda persistem dificuldades como a elaboração de relatórios para avaliação e monitoramento locais, dificultando ações de diagnóstico, planejamento e intervenção pelos atores diretos na Atenção Primária à Saúde (APS).

Ao mesmo tempo, existe uma ferramenta municipal de monitoramento da assistência ao pré-natal que é o prontuário eletrônico, denominado WINSAÚDE, porém atualmente ainda existe uma limitação na elaboração de relatórios de acompanhamento e com isso uma dificuldade estabelecida na análise, programação e desempenho da atenção ao pré-natal pela equipe multidisciplinar que não consegue priorizar ações de intervenção diante das inúmeras demandas cotidianas.

O presente trabalho visa subsidiar propostas para a melhoria da assistência ao pré-natal na APS, partindo da reflexão sobre a realidade de uma Unidade de Saúde da família. Para isso se faz necessário o diagnóstico da situação atual da assistência ao pré-natal no equipamento de saúde em questão, bem como a identificação dos pontos positivos e desafios a serem superados.

Considero que há viabilidade para trabalhar o tema na instituição Unidade de Saúde da Família Tarumã, visto que há interesse da gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Pinhais na melhoria dos indicadores de saúde da população. Outro fator que possibilita a realização do estudo é a existência de um banco de dados com informações detalhadas referentes ao monitoramento da assistência ao pré-natal das gestantes que iniciaram o pré-natal no decorrer do ano de 2014 na unidade de saúde em questão.

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 ATEÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

“A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações”. (BRASIL, 2011, pg. 03)

A Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha papel essencial na organização e implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). Corrobora com tal conceito Starfield (2002) quando define como atributos da APS a propriedade de ser a porta de entrada para o sistema de saúde, a característica de acompanhar a sua população adscrita em todas as fases de vida, visando suprir as necessidades de saúde dos usuários em todos os aspectos possíveis e desempenhando papel fundamental na organização e acompanhamento do usuário no seu itinerário dentro do sistema de saúde.

Mendes (2002) corrobora conceitualmente salientando que a Atenção Primária à Saúde (APS) deve desempenhar, nas redes de atenção à saúde, três atributos: resolução, ordenação e a responsabilização. Sendo a função de resolução, inerente à sua condição de ponto de atenção à saúde, responsável pela solução do maior contingente dos problemas de saúde; a função de coordenação, caracterizada pelo seu papel central na comunicação, com a organização de fluxos e contra fluxos dos usuários e informações pelos múltiplos equipamentos da rede de atenção à saúde; e a função de responsabilização referente à corresponsabilização pela saúde dos usuários, independente do ponto de atenção em que estejam sendo atendidos.

Lavras (2011) defende o princípio que para a efetividade de qualquer sistema de saúde é fundamental que as estratégias e ações da APS sejam resolutivas, objetivando viabilizar a redução das iniquidades e garantir um cuidado em saúde de qualidade. Considera ainda, que são diretrizes da APS: a territorialização com adscrição de clientela; planejamento do trabalho considerando o perfil

epidemiológico da população; acolhimento do usuário com garantia de atendimento à demanda espontânea; estratificação de risco nos processos assistenciais; e aplicação de instrumentos diversos de gestão do cuidado em saúde, buscando promover a integração das práticas e a continuidade do cuidado.

Segundo Mendes (2010) existem evidências de que os sistemas de atenção à saúde fundamentados na APS, quando comparados com sistemas de baixa orientação para a APS, são mais efetivos por que se estruturam a partir das demandas de saúde da população; mais resolutivos porque possibilitam o enfrentamento da situação epidemiológica de prevalência das condições crônicas e por interferir significativamente nas condições de saúde da população; mais eficientes, apresentando menores custos e redução das intervenções financeiramente mais onerosas; mais equitativos porque diferem positivamente grupos e localidades mais carentes e reduzem o ônus financeiro dos indivíduos e famílias; e de melhor resultado porque primam pela promoção à saúde e prevenção das doenças, disponibilizando tecnologias mais seguras para os usuários e profissionais de saúde.

Contudo, Mendes (2010) salienta que a APS somente resulta em todos esses benefícios, quando estruturada para desempenhar três funções primordiais nas redes de atenção à saúde: a resolutividade, capacidade para resolver mais de 85% dos agravos de saúde de sua clientela; a coordenação, propriedade de orientar os fluxos e contra fluxos dos usuários, informações e produtos entre os equipamentos das redes; e a responsabilização, capacidade de acolher e responsabilizar-se por sua população adscrita.

Mendes (2009) elenca como desafios da APS: a concepção hierárquica do SUS que resulta na banalização da atenção primária à saúde; a infraestrutura física precária; a centralização da atenção nas condições agudas; as instabilidades dos sistemas de assistência farmacêutica e de apoio diagnóstico e terapêutico; as deficiências de recursos humanos concernentes a fragilidade da graduação e a inexistência de políticas atinentes a educação permanente, bem como precarização das relações de trabalho e a carência de uma profissionalização da gestão.

Ainda conforme Mendes (2009), numa perspectiva de futuro, existe a necessidade de se aprimorar alguns enfoques para a obtenção de uma APS mais resolutiva: suprimir os vazios assistenciais existentes na atenção primária à saúde; aprimorar a APS para vencer os desafios contemporâneos; contemplar a APS nas

pautas mais amplas da equidade e do desenvolvimento humano. Sendo necessária a transição de um modelo curativo para outro centrado na prevenção e na comunidade, superando a fragmentação do sistema de saúde, a inexistências de diagnósticos locais e a efêmera relação intersetorial, buscando a capacitação dos recursos humanos tanto nos conhecimentos técnicos quanto nos humanísticos, visando à reorientação para a promoção e a prevenção, assim como integração dos serviços de saúde pública e dos cuidados individuais, centrado nas famílias e na comunidade.

Por fim, Mendes (2009) destaca como benefícios da APS: acessibilidade aos serviços necessários; qualidade do cuidado; foco na promoção da saúde e na prevenção dos agravos; gestão precoce dos problemas de saúde; resultados obtidos pela APS para um cuidado mais apropriado; e o protagonismo da APS na redução da assistência secundária desnecessária ou nociva ofertada por especialistas.

2.2 REDES DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

“As Redes Integradas de Serviços de Saúde podem definir-se como uma rede de organizações que provê, ou faz arranjos para prover, serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida e que está disposta a prestar contas por seus resultados clínicos e econômicos e pelo estado de saúde da população a que serve.” (OPAS, 2009).

A definição do Ministério da Saúde preconiza as Redes de Atenção à Saúde como sendo “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.” (BRASIL, 2010, pg. 04).

Segundo Mendes (2009) as redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de equipamentos de saúde, relacionados entre si por uma mesma missão, por objetivos comuns e por uma conduta cooperativa e interdependente, que possibilitam a disponibilização de uma assistência ininterrupta e integral a uma população definida, ordenada pela atenção primária à saúde com o intuito de atuar apropriadamente considerando os quesitos: momento, local, custo, qualidade e atendimento humanizado, assumindo as responsabilidades sanitárias e econômicas pela população adscrita.

Lavras (2011) define as redes de atenção à saúde como arranjos organizativos de equipamentos funcionais de saúde, responsáveis pela assistência à saúde, suporte diagnóstico e terapêutico, onde são realizadas intervenções de distintas densidades tecnológicas que, integrados através de sistemas de apoio e de gestão, visam promover a integralidade do cuidado.

Para Kuschnir e Chorny (2010) as redes são o mecanismo de garantia do direito, aumentando a acessibilidade e reduzindo as iniquidades. Sendo a regionalização e a estruturação de redes compreendidas em suas dimensões técnica e política, comumente envolvendo disputas de poder que exigem decisões de gestão e política pública que invariavelmente contrariam interesses. Ainda conforme Kuschnir e Chorny (2010) para garantir o direito e a responsabilidade sanitária a região deve ser institucionalizada e ter comando único.

Cecílio e Merhy (2003) afirmam que a integralidade não se edifica nunca em um único serviço, sendo objetivo da atuação em rede.

Segundo Mendes (2010) a implementação das redes de assistência é a solução para a atual crise nos sistemas de saúde, que pode ser percebida na incoerência entre um contexto de saúde com prevalência de agravos crônicos e uma estratégia de enfrentamento que reside em sistemas fragmentados e focados, sobretudo, nos agravos agudos e as agudizações das condições crônicas.

Conforme Mendes (2010) os sistemas fragmentados de atenção à saúde se caracterizam pela organização em conjuntos de equipamentos de atenção à saúde isolados e incomunicáveis que, conseqüentemente, não conseguem ofertar uma atenção integral e contínua à população. As principais características dos sistemas fragmentados são: organização hierárquica; inexistência da continuidade da atenção; foco nas condições agudas; a passividade dos usuários; a conduta reativa à demanda espontânea; priorização das intervenções curativas e reabilitadoras; ausência de estratificação dos riscos; a atenção centrada na conduta profissional, principalmente no médico; e o financiamento por procedimentos.

As redes de atenção à saúde possuem características básicas que segundo Mendes (2010) são: possuem missão e objetivos comuns; atuam de forma cooperativa e inter-relacionada; intercambiam frequentemente seus recursos; inexistência de hierarquia entre os diferentes integrantes, com organização poliárquica, sendo todos os pontos de atenção à saúde indistintamente relevantes, mantendo relação horizontal; demandam um contínuo de atenção nos níveis

primário, secundário e terciário; promovem a atenção integral com abordagens de promoção, prevenção, tratamento, cuidado, reabilitação e paliativas; atuam sob ordenação da APS; realizam a atenção oportuna, em momentos e locais apropriados, de maneira eficiente e prestando serviços seguros e efetivos, de acordo com as diretrizes disponíveis; possuem responsabilidades sanitárias e econômicas por sua população; e agregam à sua clientela adscrita.

No que tange a estrutura das redes de atenção, Mendes (2010) destaca três princípios: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde.

- O primeiro elemento das redes de atenção à saúde e o foco da sua idealização é uma população, sob a qual se estabelece uma responsabilidade sanitária e econômica, devendo esta população ser integralmente conhecida, cadastrada em sistemas de informação confiáveis e segmentada considerando fatores de riscos e estratificação de riscos.

- O segundo elemento integrante das redes de atenção à saúde é a estrutura operacional, composta por cinco fatores: o centro de comunicação, a atenção primária à saúde; os equipamentos de atenção secundários e terciários; os serviços de apoio; os sistemas logísticos; e a esfera de gestão da rede de atenção à saúde.

- O terceiro elemento estruturante das redes de atenção à saúde são os modelos de atenção à saúde, sistemas lógicos que organizam o funcionamento das redes de atenção à saúde, intermediando as relações entre a população e os segmentados estratificados por riscos, atuando na definição das intervenções do sistema de atenção à saúde e nas distintas abordagens sanitárias, baseadas nas condições prevalentes, situações demográfica e epidemiológica e do perfil social, presentes num período e sociedade específicos.

2.3 ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL

Segundo Gonçalves et al (2009) a assistência pré-natal abrange um elenco de procedimentos e condutas que visa prevenir, diagnosticar e solucionar eventos indesejáveis à gestação, ao parto e ao recém-nascido, sendo que a sua ausência e/ou insuficiência está vinculada a um aumento nas taxas de morbimortalidade materna e perinatal.

Carvalho e Novaes (2004) afirmam que o pré-natal exerce influência essencial sobre a saúde da população, sendo assim numa abordagem técnica e direcionada a saúde em geral, têm sido sugeridas análises que buscam compreender melhor as relações entre os seus resultados com o contexto socioeconômico e cotidiano dos grupos sociais específicos.

Ainda conforme Carvalho e Novaes (2004) existe outra vertente de pesquisas que busca identificar quais são as estratégias, quanto ao tipo e intensidade, que apresentam melhores resultados sobre os indicadores de morbidade e mortalidade, com foco na vinculação ao pré-natal, quantidade de consultas, a influência das atividades educativas e procedimentos de rastreamento, diagnósticos e terapêuticos essenciais.

O Ministério da Saúde (Brasil, 2012) pressupõe como finalidade do acompanhamento pré-natal a contribuição para o desenvolvimento da gestação, possibilitando o parto de um recém-nascido saudável, sem consequências negativas à saúde materna, permeando aspectos psicossociais, educação e prevenção em saúde. Nesse contexto, a unidade básica de saúde (UBS) se destaca como porta de acesso preferencial da gestante ao Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que é dotada de características estratégicas que permitem o acolhimento da gestante em suas necessidades, proporcionando um acompanhamento longitudinal e continuado.

Cabe a equipe da atenção primária à saúde (APS) manter a oferta permanente de ações em saúde pertinentes à linha de cuidado materno-infantil, tendo um diagnóstico situacional da população adscrita de mulheres em idade fértil. É fundamental o estabelecimento de vínculo entre equipe e usuárias para que atividades como os aconselhamentos pré-concepcionais, detecção precoce da gestação e adesão precoce ao pré-natal seja bem sucedidas.

Almeida e Tanaka (2009) salientam a relevância do papel da equipe de saúde sensibilizada para a instituição de vínculo com a gestante, reduzindo o risco de desistência ou de absenteísmo na assistência ao pré-natal.

Segundo a publicação do MS “Atenção ao pré-natal de baixo risco” (Brasil, 2012) são condições importantes para o Pré-Natal de Qualidade na Atenção Básica:

- Provimento adequado de recursos humanos, físicos, materiais e técnicos à atenção pré-natal;
- Captação precoce, iniciar o pré-natal na APS até a 12ª semana de gestação;

- Estratificação precoce de risco gestacional, se necessário, com vinculação oportuna à unidade de referência especializada, a gestante deverá ser acompanhada, conjuntamente, na UBS.

- Realização de, no mínimo, seis consultas, com acompanhamento intercalado entre médico e enfermeiro. Preferencialmente: Até 28ª semana – mensalmente; Da 28ª até a 36ª semana – quinzenalmente; Da 36ª até a 41ª semana – semanalmente.

- Consulta de puerpério realizada até o 42º dia após o parto, imprescindível considerando que nesse período podem surgir problemas de saúde ainda relacionados com a gravidez, responsáveis por muitas sequelas e até mesmo mortes de mulheres, provocadas por hemorragias e infecções, nesta ocasião, a puérpera deverá receber informações específicas sobre os cuidados que deve tomar consigo mesma e com o bebê e orientações pertinentes à amamentação, à vida reprodutiva e à sexualidade.

- Garantia de solicitação, realização e avaliação oportuna dos exames preconizados no pré-natal;

- Escuta ativa e qualificada da gestante e de seus acompanhantes, em todos os seus aspectos e não restrita ao cuidado biológico, com a promoção de ações e práticas educativas individuais e coletivas;

- Viabilização de transporte público gratuito da gestante para o atendimento pré-natal, quando necessário.

- Integração do (a) parceiro (a) na assistência o pré-natal, antes, durante e depois da gestação;

- Rastreamento do câncer do colo do útero nas gestantes, não está contraindicado a realização do exame citopatológico em mulheres grávidas, podendo ser feito em qualquer período da gestação, preferencialmente até o 7º mês;

- Administração das vacinas preconizadas pelo Programa Nacional de Imunização (PNI) durante o pré-natal, objetivando não somente a proteção da gestante, mas também a proteção do feto.

- Acompanhamento odontológico durante o pré-natal, a saúde bucal durante a gravidez tem relação com a saúde geral da gestante e pode influenciar a saúde geral e bucal do bebê;

- Incentivo ao parto fisiológico;

- Vinculação prévia ao serviço de saúde no qual será ocorrerá o parto, com oportunização de visita prévia;
- Conhecimento dos direitos garantidos por lei no período gravídico-puerperal;
- Realização de visita domiciliar na primeira semana após a alta, uma vez que as situações de morbidade e mortalidade materna e neonatal, frequentemente, ocorrem na primeira semana após o parto.

QUADRO 1 - EXAMES LABORATORIAIS PRECONIZADOS NO PRÉ-NATAL

| Período | Exames |
|-----------------------------------|--|
| 1ª consulta ou 1º trimestre | Hemograma Tipagem sanguínea e fator Rh Coombs indireto (se for Rh negativo) Glicemia em jejum Teste rápido de triagem para sífilis e/ou VDRL/RPR Teste rápido diagnóstico anti-HIV Anti-HIV Toxoplasmose IgM e IgG Sorologia para hepatite B (HbsAg) Urocultura + urina tipo I (sumário de urina – SU, EQU) Ultrassonografia obstétrica Citopatológico de colo de útero (se for necessário) Exame da secreção vaginal (se houver indicação clínica) Parasitológico de fezes (se houver indicação clínica) |
| 2º trimestre | Teste de tolerância para glicose com 75g, se a glicemia estiver acima de 85mg/dl ou se houver fator de risco (realize este exame preferencialmente entre a 24ª e a 28ª semana) Coombs indireto (se for Rh negativo) |
| 3º trimestre | Hemograma Glicemia em jejum Coombs indireto (se for Rh negativo) VDRL Anti-HIV Sorologia para hepatite B (HbsAg) Repita o exame de toxoplasmose se o IgG não for reagente Urocultura + urina tipo I (sumário de urina – SU) Bacterioscopia de secreção vaginal (a partir de 37 semanas de gestação) |

Fonte: Brasil, 2012.

FIGURA 2 – CALENDÁRIO VACINAL DO PRÉ-NATAL

| Imunobiológico | Recomendação | Esquema |
|---|--|---|
| Vacina dupla do tipo adulto – DT (difteria e tétano) | Gestantes em qualquer período gestacional. | Três doses com intervalo de 60 dias entre elas. Também é possível considerar o intervalo de 30 dias entre as doses, para não se perder a oportunidade de vacinação. Caso a gestante tenha recebido |

| | | |
|---------------------------------------|--|--|
| | | a última dose há mais de 5 (cinco) anos, deve-se antecipar o reforço tão logo seja possível. A última dose deve ser feita até no máximo 20 dias antes da data provável do parto. |
| Vacina contra influenza (fragmentada) | Gestantes em qualquer período gestacional. | Dose única durante a Campanha Anual contra Influenza. |
| Vacina contra hepatite B | Gestantes após o primeiro trimestre de gestação. | Três doses com intervalo de 30 dias entre a primeira e a segunda e de 180 dias entre a primeira e a terceira. Na impossibilidade de se realizar a sorologia anti-HBs, deve-se avaliar o estado vacinal da gestante e vaciná-la, se for o caso. |

Fonte: Brasil, 2012.

O acompanhamento da gestante na atenção ao pré-natal se inicia com o seu cadastramento no Sisprenatal, um software desenvolvido para o monitoramento e acompanhamento adequado das gestantes inseridas no Sistema Único de Saúde (SUS). Apresenta o elenco mínimo de procedimentos para uma assistência pré-natal adequada, fornecendo informações para o planejamento, acompanhamento e avaliação das ações, além de mediar o repasse de incentivo financeiro aos municípios. O sistema possibilita a alimentação de diversos dados sobre os procedimentos preconizados na atenção pré-natal, como a primeira consulta, exames laboratoriais, imunização, histórico acompanhamentos e consulta de puerpério. (DATASUS, 2016)

Atualmente o SisPréNatal está disponível na versão web, sistema “online” que viabiliza o cadastro das gestantes por intermédio do acesso à base do Sistema de Cadastramento de Usuários do SUS (CAD-SUS), disponibilizando informações em tempo real na plataforma web, como a avaliação dos indicadores e o cadastramento das gestantes, sendo que o preenchimento das Fichas de Cadastro da Gestante no sistema e de Registro dos Atendimentoos no SisPréNatal possibilitam: a vinculação da gestante ao local do parto; o acesso ao pré-natal para os casos de alto risco; o acompanhamento odontológico; o monitoramento da solicitação e dos resultados dos exames em tempo oportuno; o monitoramento da efetividade do vínculo ao local do parto; o monitoramento da efetividade da presença

do (a) acompanhante; e o cadastro das informações do RN como escala ou índice de Apgar, além das informações sobre aleitamento, possível anomalia ou malformação congênita (Brasil, 2012).

Segundo Cruz, Et Al (2014), historicamente, podemos destacar como marcos conceituais da atenção materno-infantil a instituição de algumas políticas públicas relevantes:

- Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), instituído em 1983 que trouxe uma ruptura conceitual com os princípios até então norteadores da política de saúde das mulheres e as prioridades nessa área, na medida em que propõe ações voltadas a sua integridade, equidade e abordagem global em todas as fases do seu ciclo vital, destacando a atenção pré-natal pelo seu impacto e transcendência no resultado perinatal.

- Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), instituído em 2000, veio normatizar a atenção ao pré-natal no Brasil, estabelecendo não somente o quantitativo de consultas e o conceito de captação precoce, mas definindo exames laboratoriais e atividades de educação em saúde.

- No ano de 2011 o MS promulgou a Portaria GM/MS nº 1.459, de 24 de junho de 2011, republicada em 1.º de julho de 2011 que definiu no âmbito do SUS a política vigente de atenção ao planejamento familiar, pré-natal, parto e puerpério, bem como definiu o direito da criança ao nascimento e desenvolvimento saudáveis, denominada Rede Cegonha. A estratégia propõe a estruturação e organização da atenção à saúde materno-infantil no país. O sistema de acompanhamento da gestante permaneceu sendo o SisPréNatal web, conforme definido na Portaria GM/MS n.º 2351, de 05 de outubro de 2011, em seu artigo 10º no componente Pré-Natal.

Analisando o contexto do estado do Paraná na atenção materno infantil evidenciamos a implantação do Programa Rede Mãe Paranaense no ano de 2012 que propõe a organização das ações do pré-natal, parto e puerpério, além do acompanhamento do desenvolvimento das crianças, principalmente no seu primeiro ano de vida. Estabelece um elenco de ações que inclui a captação precoce da gestante, acompanhamento no pré-natal com no mínimo sete consultas, realização de exames e vacinas conforme protocolos, estratificação de risco das gestantes e crianças, com atendimento em ambulatório especializado, se necessário, vinculação prévia ao hospital conforme risco gestacional. (Paraná, 2012)

A proposta da Rede Mãe Paranaense está fundamentada no conceito de Redes de Atenção à Saúde proposta por Mendes (2010), constituindo-se de cinco componentes:

- Atenção Primária à Saúde de qualidade, resolutiva e ordenadora do cuidado da população adscrita, responsável pelas ações do pré-natal e puerpério, acompanhamento do desenvolvimento das crianças;
- Atenção Secundária, responsável pelo atendimento às gestantes e crianças de risco em ambulatórios especializados com equipes multiprofissionais;
- Atenção Terciária, com garantia de vinculação das gestantes aos hospitais de maior complexidade para o atendimento das intercorrências e ao parto, viabilização da ampliação dos leitos de UTI adulto e neonatal;
- Sistemas logísticos integrados, cartão SUS, SISPRENATAL WEB, ferramentas de registro do acompanhamento de saúde – prontuário, carteira da criança e da gestante, transporte sanitário eletivo e de urgência e a regulação;
- Sistema de governança da rede, gestão da rede de atenção pela Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e CIB regionais.

O Sistema de Informação oficial da Rede Mãe Paranaense é o SISPRENATAL WEB.

3. DIAGNÓSTICO E DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO PROBLEMA

Durante o cotidiano da assistência ao pré-natal na atenção primária à saúde nos deparamos com desafios para o acompanhamento das gestantes pela equipe multidisciplinar. Contudo, existe a dificuldade em mapear os fatores determinantes para resultados insatisfatórios e situações adversas, com os quais convivemos rotineiramente.

Apesar de haver indícios de que precisamos aprimorar o processo de trabalho e o vínculo com as gestantes do território para obtermos resultados mais expressivos na atenção materno infantil ainda existe dificuldade na identificação dos fatores adversos, delimitação das vertentes a serem priorizadas e definição das estratégias a serem adotadas.

3.1 DESCRIÇÃO GERAL DA ORGANIZAÇÃO

O município de Pinhais, emancipado em 1992, é o menor em extensão no Paraná com uma área de 60,92 quilômetros quadrados. Está situado há 8,9 quilômetros da capital. A cidade possui a 12ª maior arrecadação do Paraná. Contando com 15 bairros, Pinhais faz divisa com os municípios de Colombo, Curitiba, Quatro Barras, São José dos Pinhais e Piraquara.

Conforme os dados do Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010) Pinhais configura-se como a 14ª maior cidade paranaense em população, com mais de 117 mil habitantes.

No contexto da Atenção Primária à Saúde o município de Pinhais possui dez unidades de saúde, sendo que 100% são caracterizadas pelo trabalho de equipes multiprofissionais que atuam com a população adscrita a um território definido. Entretanto, a cobertura da Estratégia de Saúde da Família, modelo de atenção à saúde preconizado pelo MS na portaria 2.488, de 21 de outubro de 2011, que regulamenta a Política Nacional de Atenção Básica e estabelece a Estratégia Saúde da Família (ESF), atualmente é de 58%. Sendo assim, percebe-se a necessidade de expansão de novas equipes para a consolidação da Estratégia de Saúde da Família no município de Pinhais.

Dentro deste cenário destacamos a existência da Unidade de Saúde da Família Tarumã, equipamento de saúde situado na região central do Município, fazendo divisa com a cidade de Curitiba. Possui atualmente 7.145 usuários adscritos, com um percentual de cobertura pela ESF de 63%, uma estrutura física adequada, necessitando apenas de ampliação de equipes de estratégia de saúde da família. A USF Tarumã conta com um quadro de 30 servidores (médicos, enfermeiro, técnicos e auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde - ACS, farmacêutico, auxiliar administrativo, estagiários administrativos, cirurgiões dentistas, técnicos e auxiliares de saúde bucal e auxiliares de serviços gerais). Tendo constituída uma única equipe de Saúde da Família.

Segundo o Plano Municipal de Saúde (2014 / 2017) a rede materna infantil no município de Pinhais implantou o Programa Mãe Paranaense em outubro de 2012, abordando ações de atenção ao pré-natal e a criança menor de um ano, vinculação da gestante a assistência hospitalar conforme estratificação de risco (habitual, intermediário e alto risco) para uma adequada atenção ao parto.

O cadastramento e acompanhamento das informações das gestantes são realizados através do SISPRENATAL Web, que num primeiro momento teve a alimentação dos dados centralizada na Secretária Municipal de Saúde. Porém, há previsão para que o cadastro e acompanhamento dos dados sejam realizados pelas Unidades de Saúde da Família.

Existe em Pinhais uma Câmara Técnica Municipal da Rede Mãe Paranaense / Rede Cegonha e um Comitê de Mortalidade Materno e Infantil, responsáveis pelo monitoramento e avaliação da rede materno infantil.

Conforme descrito no Plano Municipal de Saúde (2014 / 2017) a rede materno infantil do Município busca oferecer assistência integral às gestantes, promovendo assistência de qualidade conforme descrito a seguir:

- As mulheres com suspeita de gravidez são acolhidas pelo profissional enfermeiro para a realização do teste rápido de gravidez ou solicitação do exame BHCG, o resultado é imediato ou entregue na UBS em até cinco dias, concomitantemente.

- Em caso de resultado reagente é agendado a consulta com enfermeiro para adesão ao pré-natal, faz-se a entrega da carteira de gestante com estratificação de risco e vinculação hospitalar conforme o risco: habitual (Hospital

Municipal) e Alto Risco (Hospital Universitário Evangélico e Hospital de Clínicas). Sendo imprescindível a realização paralela do pré-natal na UBS de referência.

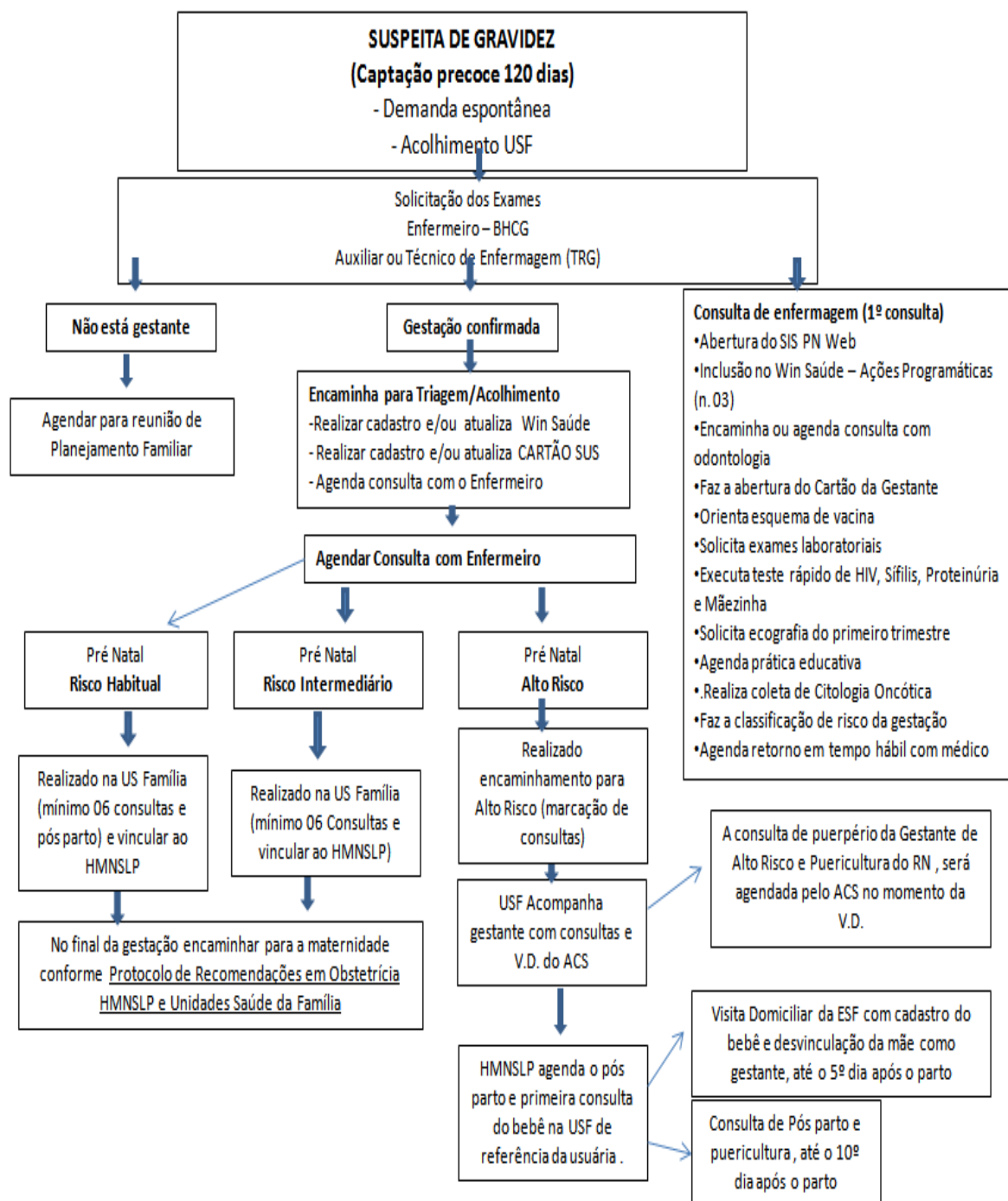
- São promovidas visitas das gestantes à maternidade de referência de risco habitual.

- A consulta de puerpério e puericultura do RN são agendadas em até cinco dias na USF de referência.

- O fortalecimento da Atenção Primária à Saúde é essencial para a captação precoce das gestantes e visita domiciliar até o quinto dia do recém-nascido.

- Outra ação fundamental é aprimorar o acesso ao equipamento de referência para a atenção ao pré-natal de alto risco.

FLUXOGRAMA 1 - FLUXO DE ATENDIMENTO ÀS GESTANTES – PINHAIS-PR



Fonte: Plano Municipal de Saúde de Pinhais, 2014-2017.

3.2 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO PROBLEMA

Visando avaliar o desempenho da assistência ao pré-natal ofertada na Unidade de Saúde da Família Tarumã, município de Pinhais, foram analisados os dados referentes ao acompanhamento das gestantes que foram vinculadas durante

o período de janeiro a dezembro de 2014, totalizando 78 usuárias. O instrumento de análise foi um banco de dados físico contendo as informações dos pré-natais encerrados no período, mecanismo utilizado para o repasse das informações necessárias para alimentação do SISPRÉNATAL WEB, centralizada no Departamento de Assistência à Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Pinhais.

Durante a análise e avaliação dos dados foram considerados os quesitos estabelecidos pelos programas de saúde SISPRÉNATAL (Ministério da Saúde, MS) e Programa Rede Mãe Paranaense (Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, SESA-PR.), sendo estes:

- Captação precoce com a vinculação a assistência ao pré-natal antes dos 120 dias de gestação;
- Acompanhamento pela equipe de saúde bucal, avaliação realizada pelo cirurgião dentista com o planejamento das intervenções necessárias;
- Garantia de imunidade contra hepatite B, difteria e tétano, influenza e coqueluche para as gestantes;
- Rastreamento do câncer do colo do útero e infecções ginecológicas durante o pré-natal através do exame citopatológico do câncer do colo do útero;
- Realização da visita guiada à maternidade com o intuito de amenizar a ansiedade e tensão do momento do parto com a ambientação prévia ao serviço hospital e rotinas vigentes;
- Viabilização e participação das gestantes nas atividades de educação em saúde visando à promoção de atividades educativas que venham a contribuir com a harmonia da relação do binômio “mamãe / bebê”;
- Realização de no mínimo três rotinas de exames laboratoriais, conforme protocolo pré-estabelecido, durante o pré-natal;
- Realização de no mínimo duas ultrassonografias obstétricas durante o pré-natal, preferencialmente a primeira no primeiro trimestre de gestação;
- Realização da consulta puerperal até 42 dias após o parto;
- Garantia de seis ou mais consultas durante a assistência ao pré-natal;
- Realização de visita domiciliar ao recém-nascido até cinco dias após o parto.

3.2.1 ANÁLISE DOS DADOS

Ao analisarmos o cumprimento dos critérios preconizados na assistência ao pré-natal, visando permitir a avaliação das estratégias adotadas e a proposição de intervenções assertivas, podemos destacar alguns aspectos importantes.

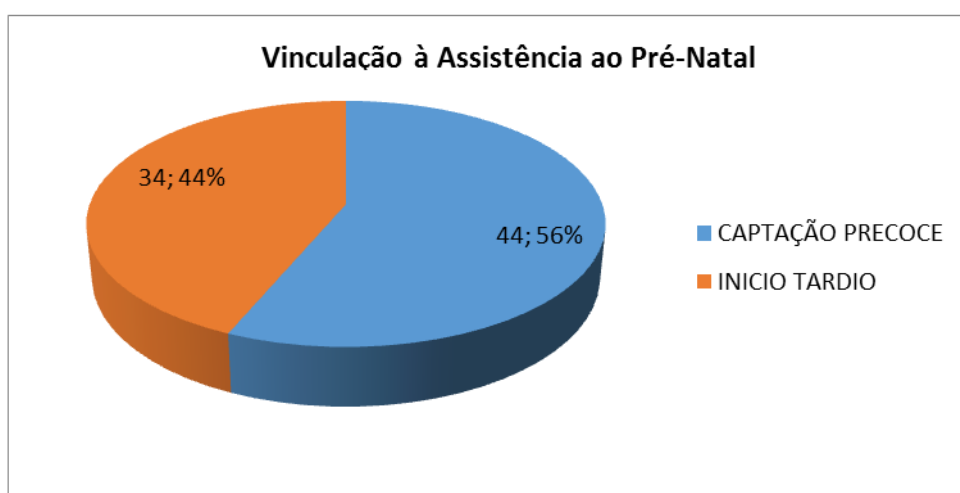


GRÁFICO 1 - DISTRIBUIÇÃO DAS GESTANTES DA USFTA EM 2014 PELO PERÍODO DECORRIDO ANTES DA VINCULAÇÃO AO PRÉ-NATAL.

FONTE: AUTOR (2015).

Ao analisar os dados coletados podemos identificar como um obstáculo absoluto a ser superado o início tardio do acompanhamento ao pré-natal, visto que 43,5% das gestantes avaliadas ainda iniciam a assistência ao pré-natal após o primeiro trimestre de gestação.

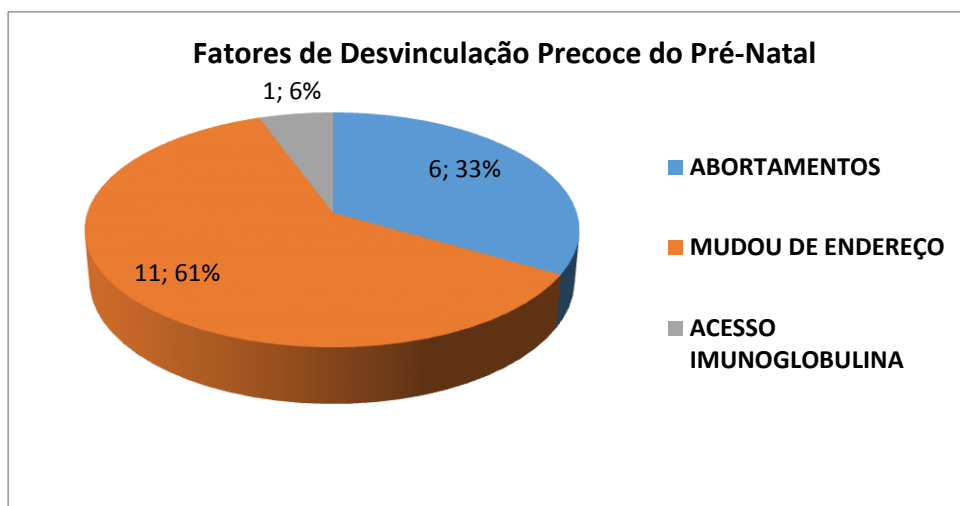


GRÁFICO 2 - DISTRIBUIÇÃO DAS GESTANTES DA USFTA EM 2014 POR FATORES DE DESVINCULAÇÃO PRECOCE DO PRÉ-NATAL.

FONTE: AUTOR (2015).

Outros fatores incidem sob a manutenção do vínculo das gestantes ao pré-natal do serviço analisado, destacamos entre estes a flutuação das gestantes entre os diversos territórios com 14% de incidência, 7,6% de abortamentos por causas diversas e a obrigatoriedade de vinculação ao pré-natal no SUS para a obtenção da imunoglobulina anti RH negativo com 1,2%.

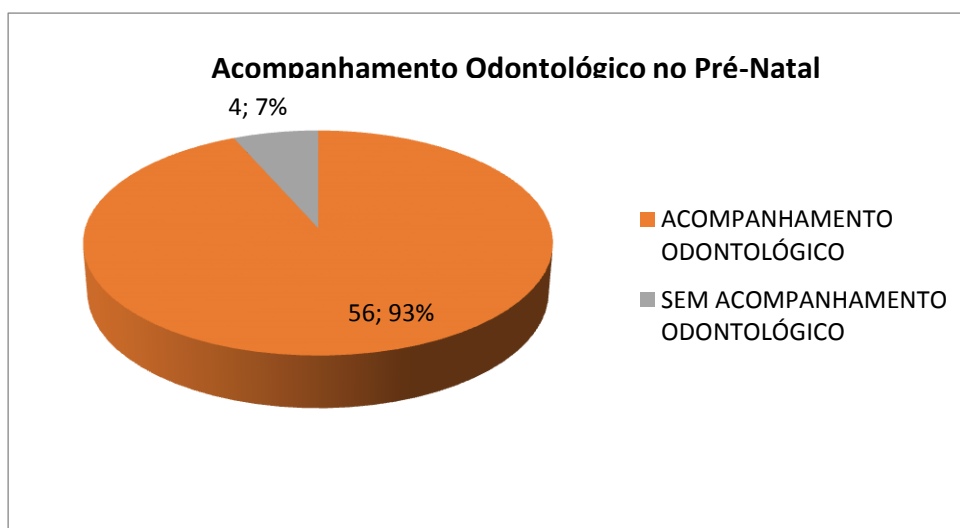


GRÁFICO 3 - SITUAÇÃO DAS GESTANTES DA USFTA EM 2014 COM RELAÇÃO AO ACOMPANHAMENTO ODONTOLÓGICO NO PRÉ-NATAL.

FONTE: AUTOR (2015).

Ao analisarmos o total de gestantes passíveis de obtenção dos critérios obrigatórios para a conclusão do pré-natal, conforme protocolos estabelecidos,

abordamos a saúde bucal que resulta num total de 6,6% de gestantes não acompanhadas.

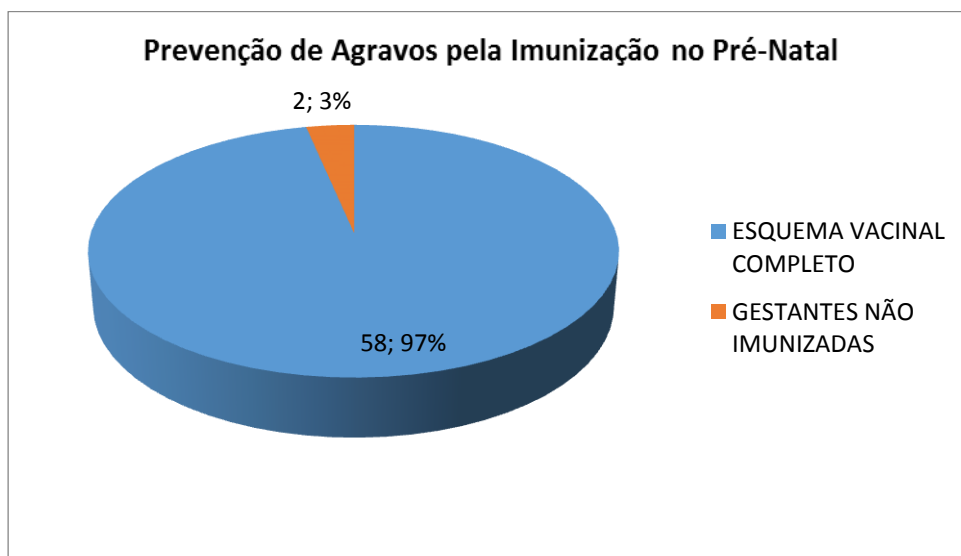


GRÁFICO 4 - SITUAÇÃO DAS GESTANTES DA USFTA EM 2014 COM RELAÇÃO AO ESQUEMA VACINAL PRECONIZADO NO PRÉ-NATAL.

FONTE: AUTOR (2015).

No que tange a imunização preconizada durante o pré-natal percebemos uma boa cobertura, porém 3,3% das gestantes ainda termina o período do pré-natal exposta a agravos imunopreveníveis.

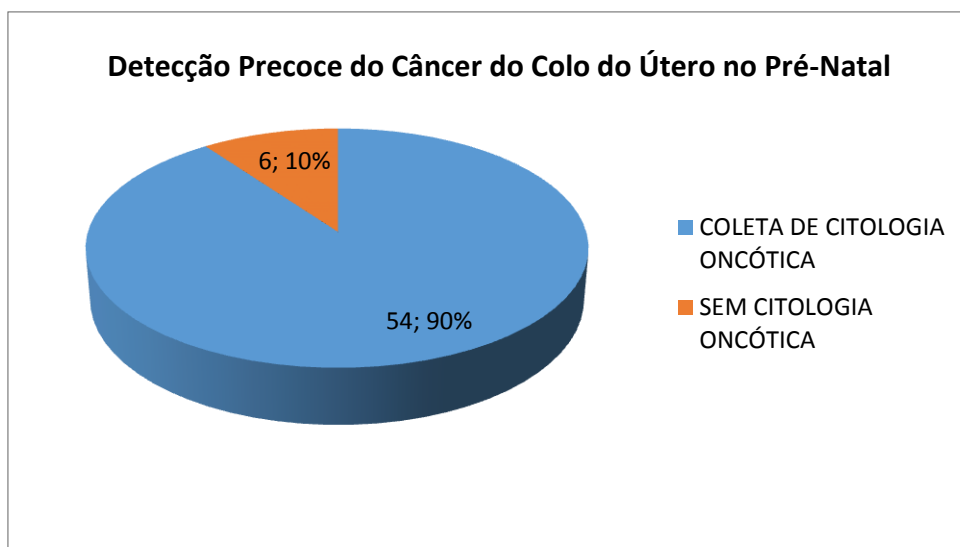


GRÁFICO 5 - NÚMERO DE GESTANTES DA USFTA EM 2014 QUE REALIZARAM A CITOPATOLÓGICO DO CÂNCER DO COLO DO ÚTERO NO PRÉ-NATAL.

FONTE: AUTOR (2015).

Ao abordar a detecção precoce do câncer do colo do útero na gestação podemos visualizar que 10% das gestantes não adota tal cuidado indicado durante o pré-natal.

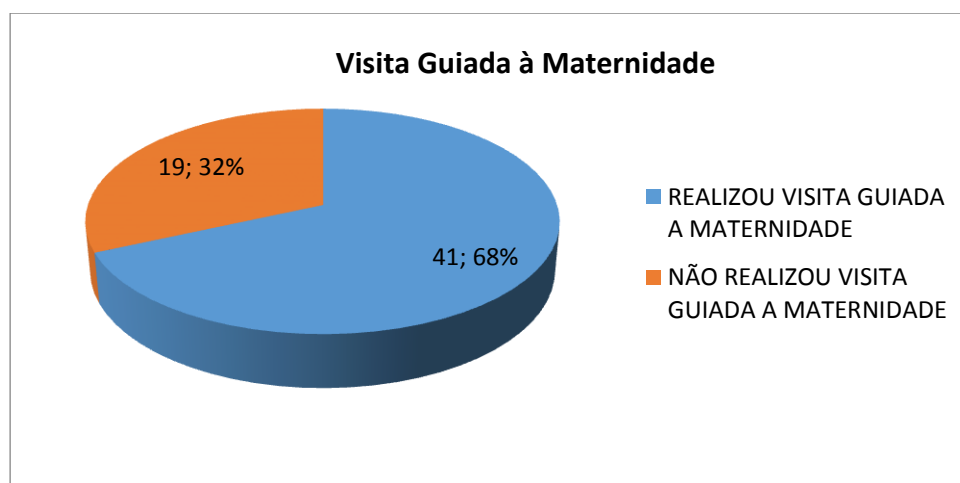


GRÁFICO 6 - QUANTITATIVO DE GESTANTES DA USFTA EM 2014 QUE REALIZARAM A VISITA GUIADA À MATERNIDADE.

FONTE: AUTOR (2015).

Com o intuito de amenizar a tensão e ansiedade do momento do parto é ofertada as gestantes a visita guiada a maternidade de referência para o risco

habitual e intermediário, porém percebemos que 31,6% das gestantes não adere ao procedimento.

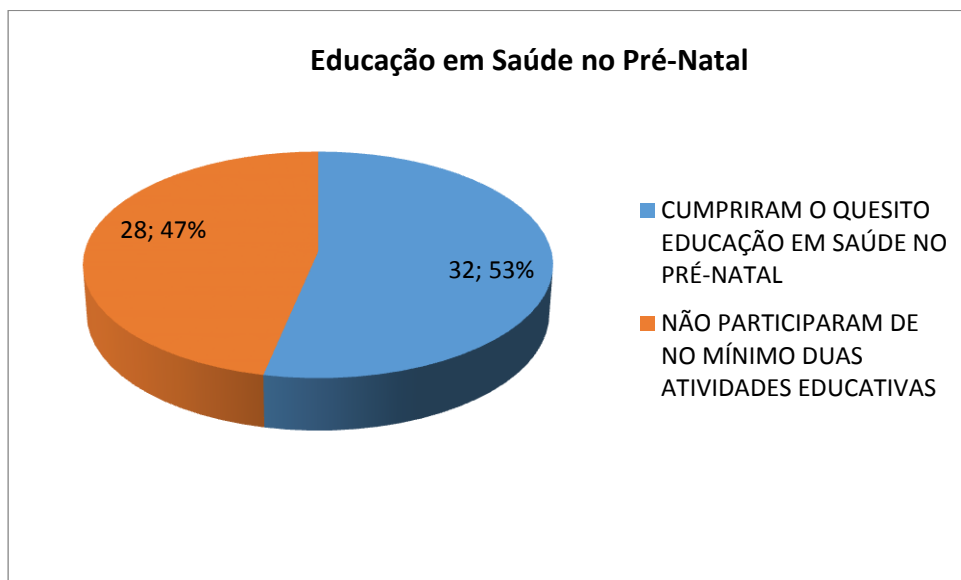


GRÁFICO 7 - SITUAÇÃO DAS GESTANTES DA USFTA EM 2014 COM RELAÇÃO À PARTICIPAÇÃO NAS ATIVIDADES EDUCATIVAS NO PRÉ-NATAL.

FONTE: AUTOR (2015).

A educação em saúde é uma importante ferramenta de prevenção de agravos e manutenção da saúde, no contexto analisado integra a assistência ao pré-natal no formato de reuniões mensais de um grupo de gestantes, de caráter multiprofissional, no qual há a sucessão de temas e profissionais que se dedicam a transmitir as gestantes informações relevantes à sua saúde e do recém-nascido. Contudo, podemos visualizar que 46,6% das gestantes não participaram de no mínimo duas atividades educativas.

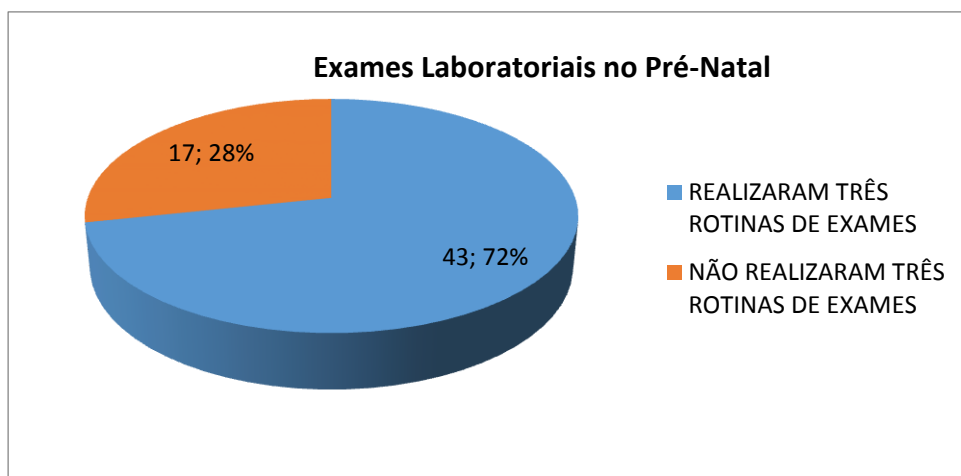


GRÁFICO 8 - SITUAÇÃO DAS GESTANTES DA USFTA EM 2014 COM RELAÇÃO AO PROTOCOLO DE EXAMES LABORATORIAIS NO PRÉ-NATAL.

FONTE: AUTOR (2015).

Destacamos como importante intervenção no pré-natal as três rotinas de exames laboratoriais, a serem realizadas no primeiro, segundo e terceiro trimestre, a fim de rastrear agravos de relevância epidemiológica na gestação. Porém, evidenciamos que 28,3% das gestantes termina o pré-natal sem as três baterias de exames.

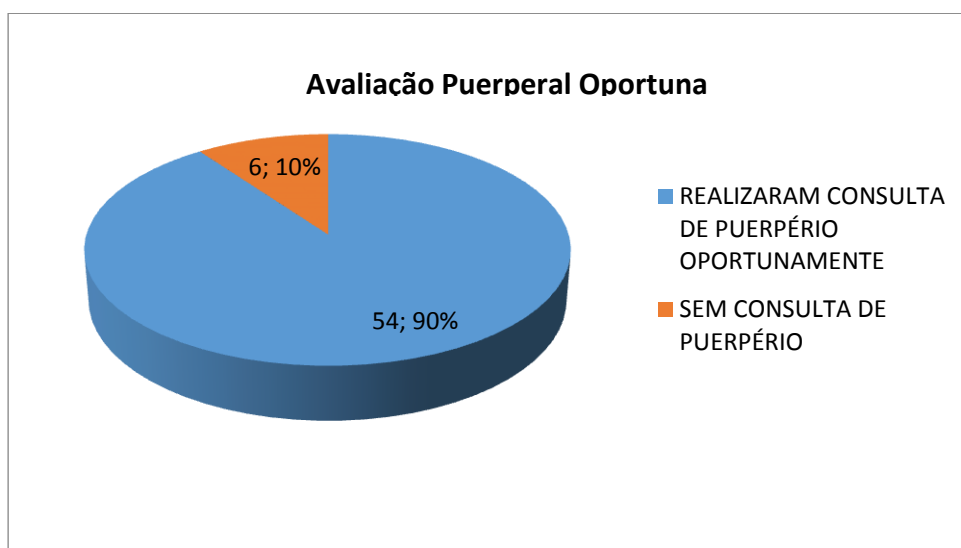


GRÁFICO 9 - SITUAÇÃO DAS GESTANTES DA USFTA EM 2014 COM RELAÇÃO AO RETORNO PARA CONSULTA PUERPERAL.

FONTE: AUTOR (2015).

Destacamos ainda que 10% das gestantes não retorna ao serviço de saúde para a consulta de puerpério, importante marco da assistência ao pré-natal.

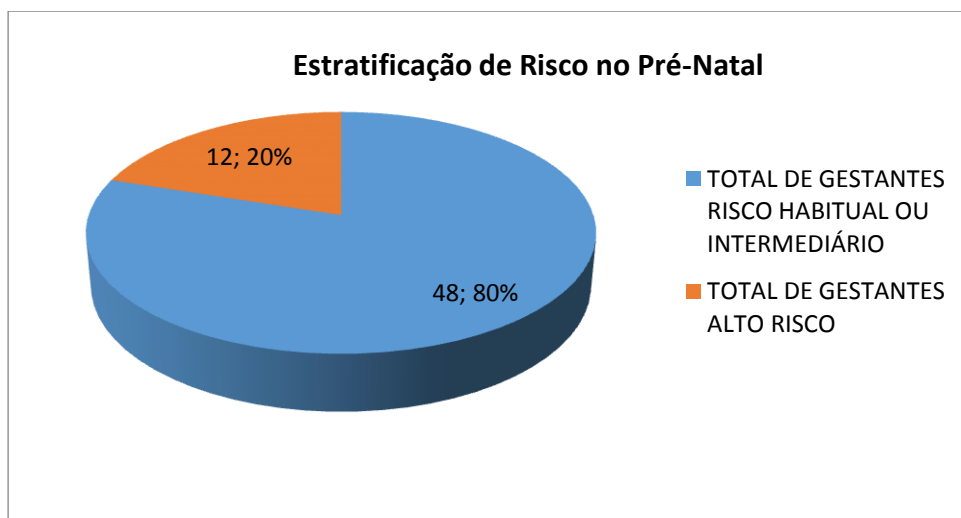


GRÁFICO 10 - SITUAÇÃO DAS GESTANTES DA USFTA EM 2014 COM RELAÇÃO AO RISCO ESTRATIFICADO DURANTE O PRÉ-NATAL.

FONTE: AUTOR (2015).

Na estratificação de risco das gestantes atendidas pelo serviço, no período, podemos perceber que 20% destas se classificavam e foram referenciadas à assistência ao pré-natal de alto risco, porém com a indicação de manutenção do acompanhamento pela atenção primária à saúde.

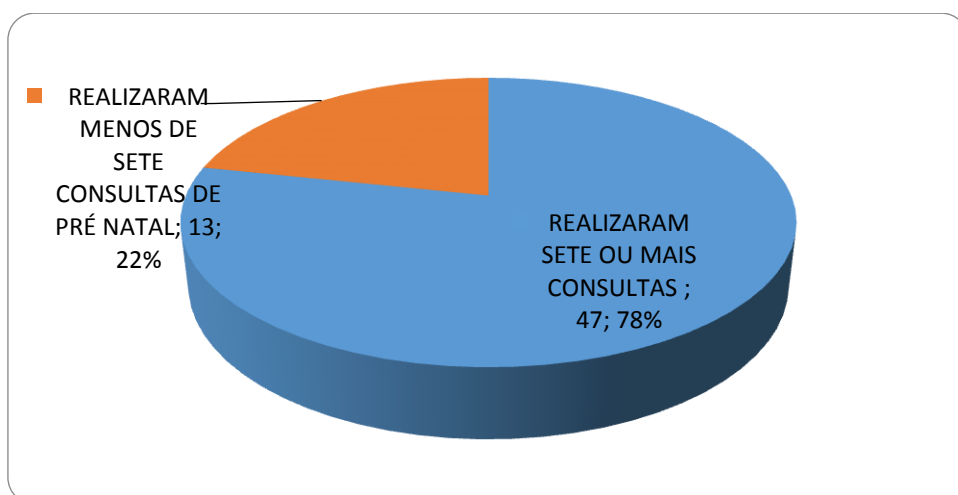


GRÁFICO 11 - NÚMERO DE GESTANTES DA USFTA EM 2014 QUE REALIZARAM SETE OU MAIS CONSULTAS DURANTE O PRÉ-NATAL.

FONTE: AUTOR (2015).

Concernente ao fator captação precoce das gestantes podemos visualizar que 21,6% das gestantes não realizaram sete consultas ou mais durante a assistência ao pré-natal.

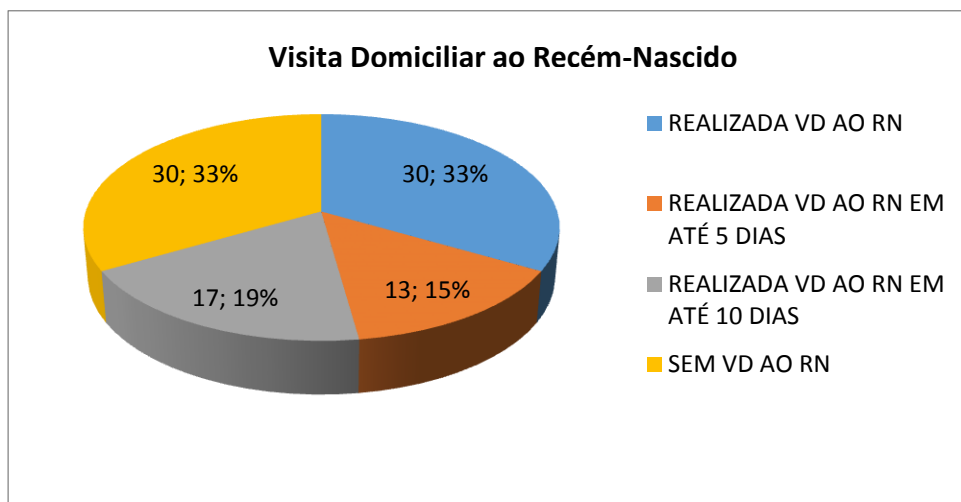


GRÁFICO 12 - QUANTITATIVO DE VISITAS DOMICILIARES REALIZADAS AOS RECÊM NASCIDOS DE PUÉRPERAS DA USFTA EM 2014.

FONTE: AUTOR (2015).

Outro procedimento preconizado na assistência ao pré-natal é a realização da visita domiciliar a puérpera e ao recém-nascido com maior brevidade possível, segundo análise constatamos que a intervenção ocorreu em 50% os casos.

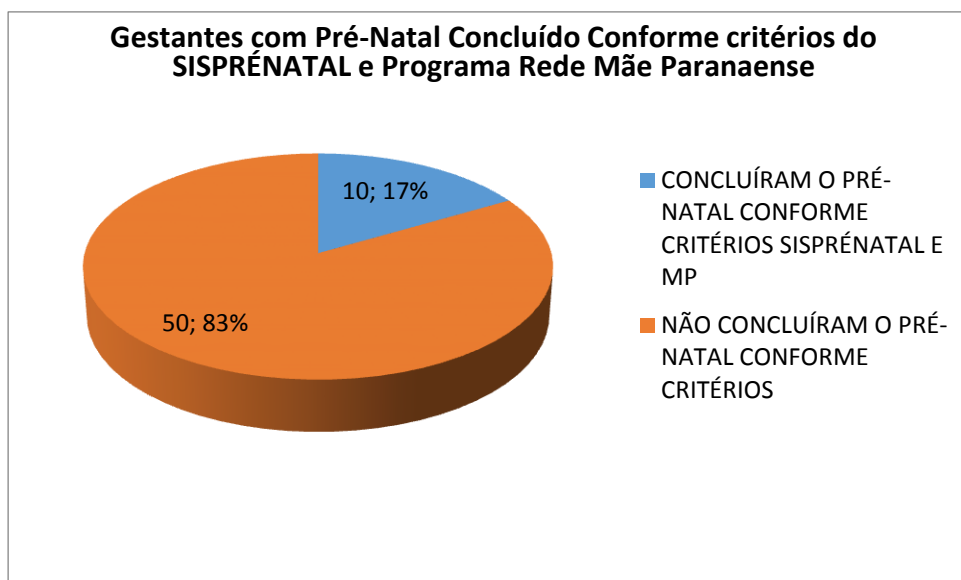


GRÁFICO 13 - SITUAÇÃO DAS GESTANTES DA USFTA EM 2014 COM RELAÇÃO À CONCLUSÃO DO PRÉ-NATAL CONFORME CRITÉRIOS DO SISPRÉNATAL E REDE MÃE PARANAENSE. FONTE: AUTOR (2015).

Como desfecho da avaliação da assistência ao pré-natal, conforme os critérios preconizados, podemos evidenciar que 83,3% das gestantes vinculadas ao serviço analisado não concluíram o acompanhamento ao pré-natal de maneira satisfatória.

4. PROPOSTA TÉCNICA PARA SOLUÇÃO DA SITUAÇÃO PROBLEMA

4.1 PROPOSTA TÉCNICA

Considerando o resultado da avaliação podemos destacar as principais fragilidades a serem supridas para a obtenção de um melhor desempenho da assistência ao pré-natal realizado pela equipe da Unidade de Saúde da Família Tarumã. Dentre as necessidades de intervenção elencamos as seguintes:

A) Captação Precoce:

- Investir na captação precoce das gestantes por meio de sensibilização e controle da atuação dos agentes comunitários de Saúde (ACS) na área coberta pela Estratégia Saúde da Família (ESF), além de atividades de divulgação sobre a relação da vinculação precoce ao pré-natal e a promoção da saúde materna e

infantil, envolvendo equipamentos e atores da comunidade como escolas, associações de moradores, empresas, comércios, etc.

- Conscientizar e envolver toda equipe multidisciplinar de saúde para a abordagem do tema durante os atendimentos às usuárias em idade fértil;

- Monitorar os resultados dos exames de gravidez e buscar abreviar o agendamento de consulta de enfermagem para vinculação ao pré-natal.

B) Realização oportuna das três rotinas de exames laboratoriais durante o pré-natal:

- Realizar a captação precoce visando garantir a viabilidade de tempo hábil para a realização das três rotinas de exames laboratoriais distribuídas por trimestre gestacional;

- Investir em educação continuada para a equipe multidisciplinar de saúde, considerando que os profissionais que realizam o pré-natal, apesar de terem o conhecimento teórico, necessitam de constante sensibilização para a adesão ao protocolo vigente e conscientização quanto ao compromisso com os resultados coletivos de suas intervenções, reforçando que os demais integrantes da equipe são atores fundamentais na busca ativa das gestantes;

- Conscientização das gestantes quanto à importância da realização de cada um dos exames das rotinas de pré-natal para a manutenção da saúde do binômio “mamãe / bebê” e das consequências negativas do absenteísmo para o sistema de saúde como um todo;

- Concretização da previsão de migração automática dos resultados dos exames laboratoriais realizados pelos prestadores terceirizados para o prontuário eletrônico – WINSÁUDE.

C) Realização de no mínimo sete consultas durante o pré-natal e da consulta de puerpério até 42 dias após o parto:

- Realizar a captação precoce visando garantir a viabilidade de tempo hábil para a realização das consultas preconizadas durante o pré-natal e puerpério;

- Investir em educação continuada para a equipe multidisciplinar de saúde, considerando que os profissionais que realizam o pré-natal, apesar de terem o conhecimento teórico, necessitam de constante sensibilização para a adesão ao protocolo vigente e conscientização quanto ao compromisso com os resultados

coletivos de suas intervenções, reforçando que os demais integrantes da equipe são atores fundamentais na busca ativa das gestantes;

- Conscientização das gestantes quanto à importância do comparecimento nas consultas periódicas de pré-natal e consulta de puerpério, frisando que o rastreamento de possíveis agravos durante o pré-natal e puerpério aumenta o prognóstico positivo;

- Organizar a sistemática da assistência ao pré-natal de forma a fortalecer a equipe multiprofissional diretamente responsável pelas intervenções, ou seja, que além dos profissionais que realizam o pré-natal, médicos da família, ginecologista e enfermeiro, tenhamos outros dois membros da equipe de enfermagem delegados para atuar no monitoramento, avaliação e controle da evolução individual das gestantes na assistência ao pré-natal;

- Investir em educação continuada para a equipe multidisciplinar de saúde, considerando que os profissionais que realizam o pré-natal, apesar de terem o conhecimento teórico, necessitam de constante sensibilização para a adesão ao protocolo vigente e conscientização quanto ao compromisso com os resultados coletivos de suas intervenções, reforçando que os demais integrantes da equipe são atores fundamentais na busca ativa das gestantes;

D) Educação em Saúde e Visita Guiada à Maternidade durante o Pré-Natal:

- Fortalecer a divulgação sobre a importância de tais atividades para a promoção da saúde da gestante e do bebê, através do envolvimento da equipe multidisciplinar;

- Garantir o fornecimento de declaração de comparecimento para a participação nas atividades educativas e incentivar o envolvimento da família, principalmente o companheiro, ou outros membros dependendo da estrutura familiar e contexto social.

E) Visita Domiciliar ao Recém Nascido:

- Sistematizar a assistência ao pré-natal de forma a envolver toda equipe de enfermagem e ACS na assistência materno infantil, considerando que todo ACS possui uma micro área delimitada e uma população adscrita, é definida a atuação de cada profissional da enfermagem vinculado a um ACS específico e micro área, ou seja, as visitas domiciliares ao RN, monitoramento e buscas ativas durante o pré-natal possuem responsabilidades previamente determinadas. Quando se tratar de

área descoberta pela ESF há atuação dos dois membros da enfermagem definidos como atores responsáveis pela integralidade do pré-natal.

F) Fatores de desvinculação precoce:

- Como fator de desvinculação precoce do pré-natal podemos destacar os episódios de abortamentos naturais e como medida de intervenção podemos pensar no fortalecimento do Programa de Planejamento Familiar, visto que alguns dos fatores relacionados aos abortamentos estão relacionados ao não planejamento de uma gestação, além do incentivo a captação precoce com o intuito de intervir, na medida do possível, nas intercorrências da gestação, principalmente durante o primeiro trimestre.

4.1.1 PLANO DE IMPLANTAÇÃO

Considerando as ideias elencadas na proposta técnica podemos condensar algumas estratégias que permeiam inúmeras demandas e intervenções evidenciadas:

QUADRO 3 – PLANO DE IMPLANTAÇÃO

| AÇÃO | RESPONSÁVEL | PRAZO |
|--|---|--------------|
| Organizar reunião técnica com a equipe multidisciplinar da Unidade de Saúde da Família Tarumã, com o intuito de sensibilizar para a importância da realização do pré-natal adequado, trazendo dados relevantes e convidados estratégicos como profissionais atuantes na área, membros do comitê de mortalidade materno infantil, representantes da vigilância epidemiológica e Hospital Municipal. | Coordenador da USF Tarumã / Equipe técnica da área de saúde materno infantil de do município de Pinhais | 2016 |
| Padronizar durante as reuniões de equipe a existência de um espaço para devolutivas mensais com a avaliação dos indicadores da assistência ao pré-natal no período, como captação precoce, situação das parturientes no período com relação aos critérios de qualidade do pré-natal e consultas de puerpério oportunas. | Coordenador da USF Tarumã | Junho / 2016 |
| Inserir o planejamento familiar na assistência ao pré-natal e intensificar as ações junto aos usuários em geral, como instrumento de melhoria da qualidade no pré-natal, considerando a adesão das gestantes. | Coordenador / equipe médica e de enfermagem da USF Tarumã | 2016 |
| Elaboração de cartilha a ser entregue às gestantes na vinculação ao pré-natal com informações claras a respeito dos procedimentos que devem ser realizados durante o pré-natal, buscando envolver a gestante como atora na qualidade da assistência prestada. | Coordenador / equipe médica e de enfermagem da USF Tarumã | 2016 |

FONTE: AUTOR (2015).

4.1.2 RECURSOS

Para a operacionalização das ações propostas elencamos alguns recursos necessários:

- Recursos Humanos: disponibilidade da equipe técnica multidisciplinar da Unidade de Saúde da Família Tarumã e profissionais atuantes na área materno infantil do município e setores relacionados dispostos a contribuir com a efetivação das intervenções.
- Recursos materiais: equipamento multimídia, papel A4, impressoras e tonners.
- Instalações: auditório da Secretaria Municipal da Saúde de Pinhais e recepção da Unidade de Saúde da Família Tarumã.

4.1.3 RESULTADOS ESPERADOS

- Realizar a assistência ao pré-natal na Unidade de Saúde da Família Tarumã de forma a atingir no mínimo 70% das gestantes com os critérios do SISPRÉNATAL e Programa Rede Mãe Paranaense descritos;
- Reduzir o índice de mortalidade materno e neonatal na área de abrangência da Unidade de Saúde da Família Tarumã;
- Realizar educação continuada em saúde, especificamente na área materno infantil, com a equipe técnica multidisciplinar da Unidade de Saúde da Família Tarumã;
- Promover a integração da equipe multidisciplinar e a visão holística da atenção à saúde.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos dados apresentados, percebe-se que há muito que se avançar na assistência ao pré-natal na atenção primária à saúde.

Ressalte-se que aspectos socioeconômicos, culturais e emocionais devem ser considerados durante o acolhimento, vinculação e acompanhamento da gestante, sendo fundamental que esta seja instruída quanto os cuidados e responsabilidades atreladas a essa fase de vida.

O estabelecimento do vínculo profissional, gestante e família devem ser estimulados com uma comunicação franca e efetiva, destacando a escuta qualificada dos medos e ansiedades vivenciadas pela gestante como ferramenta para adesão e a qualidade da assistência prestada. Essa postura deve ser compartilhada por toda equipe multidisciplinar, iniciando com a atuação dos agentes comunitários de saúde, seja na captação precoce da gestante para vinculação ao pré-natal ou na busca ativa das gestantes faltosas, e permeando a atuação dos demais integrantes da equipe multidisciplinar de saúde que durante a execução de qualquer atendimento deve estar apto a ser um facilitador da assistência ao pré-natal de qualidade.

Obstante a atuação dos profissionais de saúde, percebe-se a necessidade de uma mobilização social, visando à promoção da assistência ao pré-natal de qualidade sob o ponto de vista da responsabilidade individual de cada cidadão, visto que ainda é recorrente o comportamento de omissão com os cuidados necessários durante a gestação.

Enfim, considero que a assistência ao pré-natal de qualidade está intimamente relacionada à existência de um esforço permanente de todos os atores envolvidos no processo, utilizando-se os meios existentes na comunidade e nos equipamentos de saúde para a sua viabilização.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C.A.L., TANAKA, O.Y. **Perspectiva das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento**. Revista de Saúde Pública 2009; 43(1): 98-104.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Portaria GM/MS n. 2.488, de 21 de outubro de 2011 do Ministério da Saúde. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Portaria GM/MS n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010 do Ministério da Saúde. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Portaria nº 1.459, DE 24 DE JUNHO DE 2011 do Ministério da Saúde. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha.

BRASIL. Portaria nº 2.351, DE 5 DE OUTUBRO DE 2011 do Ministério da Saúde. Altera a Portaria nº 1.459/GM/MS de 24 de junho de 2011, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha.

BRASIL. Portaria nº 2914 de 12 de dezembro de 2011 do Ministério da Saúde. Dispõe sobre os procedimentos de controle e de vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade.

CARVALHO, D.S.; NOVAES H.M.D. **Avaliação da implantação de programa de atenção pré-natal no município de Curitiba**, Paraná, Brasil: estudo em coorte de primigestas. Curitiba: Cad. Saúde Pública, 2004.

CECÍLIO, L.C.O.; MERHY, E.E. **"A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar"**. Campinas (SP): Mimeo, 2003.

CRUZ, R. et al. **Aspectos Históricos, Conceituais e Organizativos do Pré-natal.** Revista Brasileira de Ciências de Saúde, vol. 18:87-94, Recife, 2014.

GONÇALVES, C. et al. **A Qualidade e equidade na assistência à gestante: um estudo de base populacional no Sul do Brasil.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2009.

KUSCHNIR, Rosana; CHORNY, Adolfo Horácio. **Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate.** Ciência & Saúde Coletiva, 2010.

LAVRAS, CARMEN. **Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil.** Saúde Soc. São Paulo, v.20, n.4, p.867-874, 2011.

MENDES, E.V. - **A atenção primária à saúde no SUS.** Fortaleza, Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde.** Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de Minas Gerais; 2009.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde.** Ciências e Saúde Coletiva, vol. 15, n 5, Rio de Janeiro, agosto/2010.

MENDES, E.V. **Uma Revisão Bibliográfica sobre a Atenção Primária à Saúde – “Agora mais do que nunca”,** 2010.

Ministério da Saúde. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/epidemiologicos/sisprenatal>>. Acesso em 09 de janeiro de 2016.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Redes Integradas de Serviços de Salud Basadas en la Atención Primaria.** Washington, D.C.: OPAS; 2009.

PINHAIS. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017.** Pinhais, 2013.

Prefeitura Municipal de Pinhais. Disponível em: <www.pinhais.pr.gov.br>. Acesso em 10/12/2015.

Secretaria Estadual de Saúde do Paraná. Disponível em: <www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/MaeParanaense_2014_LinhaGuia_Ed03_148x210mm__1.pdf>. Acesso em 09 de janeiro de 2016.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.

ANEXO

PREFEITURA MUNICIPAL DE PINHAIS
ESTADO DO PARANÁ
Secretaria Municipal de Saúde



Pinhais, 18 de fevereiro de 2016-02-18

Ilma. Sra. Susanmeire Ito Alves dos Santos
Coordenadora da Unidade de Saúde da Família Tarumã
Prefeitura Municipal de Pinhais

Cara Sra. Susanmeire,

Conforme solicitado em comunicação no dia 18 de fevereiro de 2016, venho por meio deste autorizar que seja desenvolvido o projeto de pesquisa proposto utilizando os dados referentes à Unidade de Saúde da Família Tarumã, de forma a completar os requisitos para a Especialização em Gestão em saúde da UFPR.

Atenciosamente

Viviane Maysa Tomazoni Renaud
Diretora do Depto. de Assistência à Saúde